UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1941-1942. — N° 44

DES PROLAPSUS

DE LA

MUQUEUSE URÉTRALE AU MÉAT CHEZ LA FEMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1942

PAR

Pierre-Claude-Marie-Jean-Albert CASAMAYOR-DUFAUR dit de PLANTA de WILDENBERG

Né à MAULÉON-SOULE (Basses-Pyrénées), le 16 mai 1916

Examinateurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur ..... *Président.*

CHARRIER, professeur .....

DARGET, agrégé ..... *Juges*

MAGENDIE, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1942

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1941-1942. — N° 44

DES PROLAPSUS

DE LA

MUQUEUSE URÉTRALE AU MÉAT CHEZ LA FEMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1942

PAR

Pierre-Claude-Marie-Jean-Albert CASAMAYOR-DUFAUR dit de PLANTA de WILDENBERG

Né à MAULÉON-SOULE (Basses-Pyrénées), le 16 mai 1916

Examinateurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur ..... *Président.*

CHARRIER, professeur .....

DARGET, agrégé ..... *Juges*

MAGENDIE, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.
ASSESSEUR : M. LABAT.
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	JEANNENEY.	Clinique ophtalmologique	N...
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique gén.	CARLES.	Clin. méd. des mal. des enfants.	N.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DAMADE.	Physique méd. et pharmaceutique.	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Hygiène	LEURET.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	RÉCHOU.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérap. et climatol.	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	POUYANNE.
Physiologie	FRANCK.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	MAHON.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	N...
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N...
id.	SARIC.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
id.	DUBARRY.	Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	LOUBAT.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	GRANGER.
id.	DARGET.	Histoire natur. méd. et parasitol.	R. MANDOUL.
id.	MAGENDIE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LOUBAT	Physique méd. et pharmaceutique.	N...
Accouchements	RIVIÈRE.	Anatomie	J. BEAUVIEUX
Puériculture	FAUGÈRE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL.	Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLÉE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	LIARD.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.	Chimie biologique	TAYEAU

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV
BIBLIOTHÈQUE
LEIBNIZ

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE DOCTEUR AUGUSTE CASAMAYOR DE PLANTA

Chevalier de la Légion d'honneur.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MA FEMME

A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON JURY DE THESE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur.
Officier de l'Instruction publique.

DES PROLAPSUS

DE LA

MUQUEUSE URÉTRALE AU MÉAT

CHEZ LA FEMME

INTRODUCTION

C'est sur les conseils de M. le professeur Duvergey, que nous ne saurons assez remercier, que nous entreprîmes cette étude.

Traitant d'un sujet nous semblait-il de peu d'importance, nous eûmes la surprise de voir qu'il avait fait l'objet d'études très nombreuses de la part des urologues et gynécologues du monde entier. Nous vîmes qu'il souleva des théories diverses et des recherches étiologiques nombreuses sans solutions satisfaisantes.

Loin de nous la pensée outrecuidante d'apporter cette solution, ni même de faire un travail décisif. Néanmoins, en consultant les divers auteurs, en relisant les observations que nous avons pu retrouver dans la littérature; nous nous proposons, aidé de nos modestes connaissances, de faire une mise au point critique de la question tant au point de vue étiopathogénique qu'au point de vue thérapeutique.

Nous avons glané, parmi les observations de ces vingt dernières années, celles qui nous semblaient les plus intéressantes par les faits cliniques et étiologiques qu'elles rappor-

taient. Nous avons recueilli aussi toutes celles comportant un examen anatomo-pathologique.

Après un bref aperçu historique de la question, nous étudierons la clinique : symptômes, formes, complications, évolution. Puis, avant d'aborder l'étude étio-pathogénique et thérapeutique, nous ferons un bref rappel anatomique de l'urètre féminin et une étude anatomo-pathologique des lésions de la muqueuse urétrale prolabée.

Avant d'aborder ce travail, nous désirons le placer sous le signe du souvenir de notre père. Car c'est plus à ce souvenir qu'à des traditions familiales, pourtant déjà plus que centenaires, que nous avons obéi en faisant nos études médicales. Dans la carrière qui s'ouvre à présent devant nous, nous souhaitons être digne du noble souvenir qu'il a laissé.

HISTORIQUE

Le prolapsus de la muqueuse urétrale n'est pas exceptionnel, bien que ce soit une maladie relativement rare: en 1891, Kleinwachter en pouvait recueillir 100 cas et récemment Epsteen et Abelson arrivent au total de 300 cas.

Dans l'ensemble des Universités prussiennes, de 1877 à 1892, on en a vu 17 cas. Sauferlin, à la clinique de Halle Xittenberg, de 1916 à 1926, sur 16.000 malades en cite 6 cas. Wierken, de 1911 à 1920, sur 9.000 malades, 5 cas. Par contre, Ormond, à l'Henry Ford Hospital, sur 165.000 malades n'en relève que 1 cas.

C'est au XVIIe siècle qu'apparaît pour la première fois dans la littérature médicale le prolapsus de la muqueuse urétrale.

Dès 1732, Solingen en rapporte 1 cas; en 1752, Lachs attribue 1 cas, qu'il rapporte au port de pessaires. Morgagni, dans sa lettre LXX « *De sédibus et causis morborum* », relate une observation typique.

Mais il faut arriver en 1842 pour trouver un travail complet sur la question. Il paraît sous la signature de Tavignot, dans l'*Examinateur Médical*. L'auteur pose les conclusions suivantes : 1° la condition prédisposante la plus générale semble être la jeunesse; 2° la faiblesse générale préexiste chez nombre de malades; 3e la cause efficiente le plus souvent invoquée est le traumatisme et l'inflammation de l'urètre.

En 1888, Villars, à la Société clinique, individualise une forme de prolapsus, qu'il appelle le prolapsus idiopathique.

En 1891, paraît une étude d'ensemble due à Kleinwachter, Il fait un relevé de tous les cas parus dans la littérature antérieurement à lui. Ses conclusions sont que l'âge joue un rôle considérable.

En 1898, Wolgemuth invoque comme cause pathogénique la pression intra-abdominale.

La première étude anatomo-pathologique paraît en 1898; elle est de Singer et porte sur 8 cas. Singer remarque le développement considérable des vaisseaux sanguins au niveau de la muqueuse prolabée et y voit la cause profonde et véritable de l'affection.

Voillemin, dans sa thèse, en 1899, fait jouer le principal rôle pathogénique à la dilatation de l'urètre et à la faiblesse des tissus.

En 1900, la thèse de Rechsniewka reconnaît un certain rôle à l'angiome des vaisseaux urétraux, mais donne quand même la première place à la faiblesse générale des tissus.

En 1902, dans sa thèse, le Professeur Duvergey, à propos des tumeurs polypoïdes du méat, fait une étude anatomo-pathologique des prolapsus incomplets; il trouve des vaisseaux dilatés remplis de sang, ne pense pas qu'on puisse parler d'hémorroïdes urétrales, et différencie nettement le prolapsus de l'angiome.

Le 5 novembre 1909, à la Société anatomique, Morestin ramène le prolapsus de la muqueuse urétrale à une extériorisation de varices périméatiques. En 1911, Anouffrief parle d'hémorroïdes urétrales.

Puis la question passe l'Atlantique et occupe les urologues américains.

En 1926, Danreuther fait une étude assez complète de la question : article où la théorie apparaît, qui tend à associer le prolapsus de la muqueuse urétrale aux prolapsus des organes pelviens.

A la suite, dans les quinze dernières années, on trouve une série d'articles dans lesquels les divers auteurs admettent comme cause l'affaissement de la sangle pelvienne, proposent des interventions importantes, suite logique de cette théorie.

En Europe, la question n'est nullement délaissée, les auteurs restant pour la plupart attachés à la théorie de Morestin.

SYMPTOMATOLOGIE

Bien que relativement rare, la forme aiguë du prolapsus de la muqueuse urétrale existe néanmoins.

Au cours de ses occupations ordinaires la malade ressent une douleur aiguë en coup de poignard dans la région vulvaire. Dans les heures qui suivent s'installent les autres symptômes, que l'on retrouve dans les cas chroniques (Obs. VIII).

Ici le début n'est marqué par aucun signe qui puisse attirer l'attention de la malade. Quelquefois, un ectropion de la muqueuse apparaît au cours des mictions, se réduisant spontanément sans autres signes (Obs. VII).

Le plus souvent le prolapsus se constitue insidieusement, ne révèle sa présence par des troubles qui attirent l'attention qu'une fois qu'il est devenu irréductible, étranglé plus ou moins. Alors apparaissent des signes suffisants pour amener la malade à consulter.

C'est d'abord la douleur, variable en intensité, allant de la simple brûlure à la douleur excruciante, empêchant toute marche, même la position assise. Voillemin, dans sa thèse fait un tableau saisissant de la femme porteuse d'un prolapsus, cherchant une position où s'atténueraient ses douleurs. La douleur n'est pas constante, souvent chez les femmes âgées elle manque, tandis qu'elle paraît plus fréquente chez les enfants; cela peut tenir à la différence de résistance à la douleur, peu marquée chez les enfants, où souvent la simple gêne devient aisément douleur,

En même temps apparaît la dysurie plus ou moins marquée, symptôme précoce, souvent le premier en date, qui existe toujours si on le recherche minutieusement.

Souvent existe un cértain degré de pollakiurie diurne (obs. VI), s'accompagnant d'un certain degré d'incontinence.

Mais ce sont les hémorragies qui sont le symptôme le plus constant, celui qui amène le plus fréquemment la malade à la consultation; elle apparaît, semble-t-il, dès que la muqueuse prolabée s'excorie. Ce sont des hémorragies spontanées ou provoquées par la marche, la fatigue, la station debout prolongée, souvent sans causes apparentes, pouvant parfois avoir une certaine périodicité (obs. IV). Parfois elles ont l'aspect d'hématuries terminales (obs. IV), fait à rapprocher de l'arrosage des selles par les hémorroïdes anales; ou bien elles se présentent comme de véritables pertes de sang que la malade croit fréquemment être d'origine génitale, pouvant être extrêmement abondantes (obs. I).

Souvent aucun symptôme n'existe, la malade s'inquiète d'une tumeur dont elle s'avise un jour, encore qu'elle ne la gêne guère, ou bien tout se borne à des envies fréquentes et impérieuses d'uriner.

Cet ensemble de signes est assez particulier : brûlures, gêne fonctionnelle, hémorragie; il n'a cependant rien de caractéristique et amène à pratiquer un examen local.

On aperçoit alors une tumeur qui attire d'emblée l'attention, elle est située entre les grandes lèvres qui la recouvrent plus ou moins complètement. Elle peut atteindre un volume assez considérable, variant de celui d'une noix à un œuf de pigeon; en moyenne, sa longueur est de 2 centimètres, pouvant même atteindre 5 centimètres; sa largeur varie de 20 à 34 millimètres (obs. III et VIII).

Cette tumeur est de couleur variable suivant qu'on se trouve en présence d'un prolapsus récent, non étranglé, ou d'une lésion ancienne. Dans le cas d'un prolapsus récent, la couleur est rouge vif, sa consistance est molle, la tumeur est réductible.

Si le cas est déjà plus ancien, la couleur tire sur le rouge sombre, se violaçant en vieillissant, présentant des excoriations suintantes, rompant une surface lisse, plutôt sèche, à l'aspect délicat.

Plus tard apparaissent des plaques de sphacèles dégageant une odeur fétide imposant l'idée d'un début de gangrène.

Le sommet de la tumeur se déprime, on y découvre un orifice plus ou moins arrondi, à bords radiés; cet orifice, qui peut être excentrique, admet aisément un cathéter ou une sonde, qui arrive facilement à la vessie ramenant une urine claire.

Cette tumeur paraît enserrée à sa base par un collet de muqueuse, le doigt explorateur peut sentir le méat urétral spasmé; un stylet introduit entre le collet et la tumeur révèle un sillon plus ou moins profond qui fait le tour du pied de la tumeur; en aucun endroit on ne peut déceler d'orifice, et c'est là un signe pathognomonique du prolapsus de la muqueuse urétrale d'après Marion.

La consistance de la tumeur est variable; quand il s'agit d'un prolapsus étranglé, elle donne une impression de mollesse élastique. La tumeur n'est pas friable. Au toucher vaginal, on constate qu'elle ne lance pas de prolongements dans l'urètre, qui garde sa forme, sa consistance et sa mobilité normales.

A la cystoscopie, on trouve constamment une vessie saine, de contenance normale; par contre, l'urètre, dans sa partie basse, est plus ou moins œdématié avec quelques points congestifs (obs. II).

L'état général n'est pas modifié.

FORMES CLINIQUES

En nous plaçant sur le plan anatomique, on peut envisager deux formes cliniques principales :

— les prolapsus partiels;
— les prolapsus totaux.

Par prolapsus partiels, il faut entendre les prolapsus n'intéressant qu'une partie de la circonférence de la muqueuse urétrale; ils sont peu fréquents.

Les auteurs entendent par prolapsus totaux deux formes absolument différentes : pour les uns, c'est le prolapsus qui intéresse la muqueuse urétrale en totalité; c'est une forme assez rare; pour les autres, et, c'est la conception la plus commune, il conviendrait par prolapsus total d'entendre le prolapsus qui intéresse tout le pourtour de l'orifice urétral; c'est le prolapsus annulaire ou circulaire. Les auteurs n'entendent pas par cette appellation préjuger de la quantité de muqueuse intéressée par le processus; la plupart du temps, seul le tiers inférieur de la muqueuse est intéressé.

Suivant le mode de début, on a le prolapsus aigu ou le prolapsus chronique.

Il est superflu d'y revenir, nous avons déjà noté les caractéristiques de ces deux formes, le prolapsus chronique étant de loin la forme la plus commune.

L'âge n'apporte que peu de différence dans la clinique du prolapsus, sinon que chez l'enfant, où toute gêne devient facilement douleur, la forme douloureuse semble plus fréquente, tandis que chez la vieille femme les formes torpides sont les plus fréquentes.

Si l'on envisage la prédominance d'un symptôme, on peut

distinguer des formes douloureuses, hémorragiques, dysuriques, etc,

Etant donné l'étiologie et la pathogénie très discutées et diverses, il est difficile d'isoler les formes étiologiques et pathogéniques. Néanmoins, nous pensons pouvoir en isoler quelques formes plus caractéristiques :

— d'abord, les formes avec association d'une affection locale, soit vénérienne, soit localisation génitale d'une infection non locale primitivement;

— les formes isolées, sans affection locale, associées avec un bon état général;

— enfin les formes isolées, mais évoluant sur un terrain plus ou moins entaché.

Reste une dernière forme isolable : celle dans les antécédents de laquelle on peut relever l'existence d'un traumatisme lequel peut être un trauma extérieur (chute sur le périnée, etc.) ou un trauma de cause interne, obstétrical surtout.

Nous reviendrons sur les diverses formes au cours de l'étude étiologique et pathogénique,

Nous avons vu que Villars, en 1888, avait individualisé une forme qu'il appelle le prolapsus idiopathique. Nous verrons qu'il semble possible de faire rentrer cette forme dans le même cadre que les autres formes étiologiques.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif du prolapsus de la muqueuse urétrale est une affaire de stylet, Celui-ci permet à la fois d'explorer l'orifice siégeant au sommet de la tumeur, toujours perméable, et de faire le tour du pied d'implantation sans y découvrir aucun passage. En un mot, il permet de reconnaître une tumeur faisant suite à l'urètre et faisant partie intégrante de sa muqueuse.

Cet examen permet d'éliminer les polypes du méat, d'aspect différent, en choux-fleurs, quelquefois très semblables comme forme ou aspect, mais ne présentant pas d'orifice sur sa surface. La base d'implantation est plus étroite et n'occupe qu'une partie de la paroi urétrale; enfin, on trouve à la base un orifice qui est l'orifice urétral.

Certaines tumeurs malignes peuvent être d'un diagnostic difficile, tel ce cancer annulaire du méat. Une biopsie est souvent seule capable de trancher la difficulté.

Mais en général ces tumeurs malignes ont un aspect tout différent, sont d'une couleur différente, plus vive, saignant au moindre contact, sont friables, n'intéressent en général qu'une partie de la paroi urétrale par leur implantation, et enfin, signe distinctif important, ces tumeurs se continuent dans l'urètre par des infiltrations dures, cartonnées, donnant au toucher vaginal l'impression d'nu urètre induré, dont la mobilité est plus ou moins réduite.

Les chancres de l'orifice urétral n'ont pas la taille du prolapsus, sont plutôt marginaux, ont un aspect ulcéré et s'accompagnent de réactions ganglionnaires caractéristiques, dans les territoires ganglionnaires correspondants.

Les hernies vésicales à travers l'urètre sont une rareté,

et s'accompagnet de troubles urinaires importants : rétention d'urine, tumeur large et réductible.

Les hernies à travers l'urètre de tumeurs kystiques de l'uretère sont également rares. On ne peut atteindre le pied d'implantation de la tumeur, la capacité vésicale est très diminuée et les troubles urinaires sont marqués.

EVOLUTION — COMPLICATIONS

Si on l'abandonne à sa propre évolution, le prolapsus n'a aucune tendance à se réduire de lui-même. Bien au contraire, dès qu'il est amorcé, il s'accroît, pouvant atteindre 5 centimètres de long et 3 de large.

De plus, il s'étrangle immanquablement, et c'est d'ailleurs à ce stade qu'il devient gênant et que les malades viennent consulter. Sa couleur est foncée, la tumeur devient plus dure, douloureuse. Elle est irréductible.

A la suite, elle peut se gangréner, et apparaissent par place des plaques de sphacèle noirâtres, suintantes, saignotantes.

Rarement, la tumeur s'épidermise; la plupart du temps, soumise à des contacts plus ou moins violents, elle s'ulcère; c'est alors l'hémorragie minime ou abondante.

Enfin, l'infection se met de la partie. On en relève quelques observations anciennes où le traitement chirurgical tarde, où la malade refuse l'intervention. La muqueuse prolabée se présente alors comme une masse violacée, recouverte d'un enduit purulent, mêlé de stries sanglantes dégageant une odeur fétide.

Nous entrons alors de plain-pied dans les complications. La plupart du temps, elles restent locales, bien que cette muqueuse infectée puisse être la porte d'entrée d'infections diverses, pouvant même mettre la vie de la malade en danger.

Au premier chef intervient la gangrène autrefois fréquente, plus guère signalée depuis que l'intervention s'est révélée bénigne grâce aux progrès de la technique.

Cette gangrène se traduit par l'apparition, au bout de quelques jours, de plaques de sphacèle noirâtres, tranchant sur

la couleur rouge sombre du reste de la tumeur. Il s'en dégage une odeur fétide caractéristique.

Il n'est guère de complications générales. L'obstacle au cours de l'urine que présente le prolapsus n'est pas suffisant pour retentir sur l'arbre urinaire. Néanmoins, rappelons, à titre de curiosité, le cas récent d'un auteur russe ou le prolapsus provoqua une occlusion complète du méat et, dans la suite, par propagation de l'infection et de la gangrène, une fistule vésico-vaginale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen anatomo-pathologique portant sur les pièces opératoires n'apportent qu'un élément de certitude. Jamais la musculeuse ne semble intéressée dans le prolapsus. En effet, que ce soit sur la pièce à nous fournie par M. le Professeur Duvergey, ou dans les comptes rendus retrouvés dans la littérature, jamais on ne signale la présence de fibres musculaires.

De ces examens ressort un autre fait constant, la participation des vaisseaux, qui donne à ces tumeurs un aspect quasi angiomateux.

On y retrouve l'épithélium de transition caractéristique du méat, les formations fibro-conjonctives du chorion, quelquefois même tellement abondantes, que, comme dans notre pièce, l'observateur non prévenu pense se trouver en présence d'un polype fibreux.

On retrouve également les cavités glandulaires des glandes urétrales plus ou moins remaniées par des processus d'adénomatose.

Mais ce qui frappe c'est la présence d'énormes vaisseaux, à l'intérieur desquels existent des dépôts de sang à aspect de thrombi. Ces cavités sanguines prennent souvent l'aspect de véritables sinus sanguins (obs. VIII), séparés par des cloisons conjonctives, avec des reliquats de l'épithélium vasculaire plus ou moins altéré, infiltré de globules rouges et de polynucléaires.

Cette abondance de l'infiltration sanguine est telle que les anciens anatomo-pathologistes avaient pris le prolapsus de la muqueuse urétrale pour des angiomes véritables (Voillemin, Rechniewska).

RAPPEL ANATOMIQUE

La longueur de l'urètre féminin, beaucoup plus court que celui de l'homme, dont il représente la portion prostatique et membraneuse, varie de 34 à 41 millimètres en moyenne. Son calibre est extrêmement variable, de 7 à 8 millimètres; il peut atteindre, grâce à son élasticité, une dilatation de 30 millimètres.

Ses deux extrémités rétrécies lui donnent un aspect en fuseau.

Sa direction est oblique, il présente une courbe à concavité antéro-postérieure qui se redresse sous diverses influences, en particulier par la réplétion vésicale.

Les moyens de fixité de l'urètre sont le périnée, par l'intermédiaire de la vessie; le vagin auquel il est intimement soudé dans sa partie inférieure pour former la cloison urétro-vaginale. En outre, à travers sa traversée du muscle périnéal, l'urètre se rattache au périnée par de petits ligaments (Yammeltoft, 1926).

Ses rapports en avant sont assez lointains avec les plexus veineux prévésicaux, dont il est séparé par la lame prévésicale.

A l'endoscopie, on voit une muqueuse d'aspect semblable à celui de la vessie présentant des plis longitudinaux.

L'étude du méat et de sa constitution histologique, que nous allons étudier à présent, nous intéresse particulièrement.

Ce méat est constitué par un anneau de la musculeuse, qui lui donne sa tonicité, sans constituer toutefois un véritable sphincter. Il s'ouvre à la vulve par un orifice de forme régulière et variable, en arrière du clitoris et en avant du vagin.

Il représente la partie la plus étroite et la moins dilatable de l'urètre.

Du point de vue histologique, l'urètre se compose de deux tuniques : une musculeuse et une muqueuse proprement dite.

La muqueuse fait suite à la muqueuse vésicale et se continue par la muqueuse vulvaire. Elle est mince, élastique, assez résistante, doublée à sa face profonde d'un tissu conjonctif lâche qui l'unit à la musculeuse.

Elle comprend un épithélium pavimenteux stratifié et un chorion; celui-ci enserre dans ses mailles un riche réseau veineux de veines sans fibres musculaires qui fait de l'urètre une sorte de formation spongieuse.

Les expériences de Sapey, Tillaux, Morgagni sur le cadavre montrent que cette muqueuse glisse facilement sur la musculeuse.

La musculeuse, formée de fibres lisses, se dispose en deux couches, une interne, de fibres longitudinales, une externe, de fibres circulaires.

Les vaisseaux du segment inférieur qui nous intéresse sont tributaires de ceux de la vulve et des vaisseaux honteux internes par les veines bulbaires et caverneuses.

Toutes ces notions anatomiques proviennent d'études sur le cadavre et ne donnent guère d'indications sur le comportement réel de l'urètre sur le vivant. Il appartenait à la radio de faire comme pour d'autres organes, de modifier et d'éclairer ce point. C'est un Américain, Thomsen, qui fit les premières études radiologiques de l'urètre. Ces études furent faites à l'occasion de prolapsus génitaux et d'incontinence d'urine et donnent d'intéressantes précisions.

Nous ne parlerons pas de la technique, les examens se font après injection de liquide opaque non irritant (lipiodol et huile de paraffine, par ex.).

Normalement, sur les clichés, la courbure antéro-postérieure des anatomistes est plutôt une flexion angulaire. Les parties situées de part et d'autre de cette flexion sont inégalement remplies par le liquide opaque, la partie la plus

remplie étant la partie supérieure. Au niveau de la flexion, il existe une partie rétrécie, à partir de laquelle l'urètre va en s'élargissant en entonnoir vers le méat. Cette flexion a tendance à s'atténuer avec l'âge en même temps que s'abaisse le diaphragme pelvien.

Les radiographies de cas pathologiques mettent en évidence des modifications de courbure, des changements de calibres et la réalité du glissement de l'urètre vers le bas en cas de prolapsus génital important.

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

Logiquement, nous aurions dû étudier l'étiologie du prolapsus de la muqueuse urétrale au début de notre travail. Mais la multiplicité des étiologies, s'intriquant intimement avec les théories pathogéniques invoquées par les divers auteurs, nous ont fait reporter ici cette étude.

Nous nous proposons, après un court rappel des observations que nous rapportons, de passer en revue les diverses étiologies invoquées par les très nombreux auteurs qui se sont occupés de la question. Nous étudierons ensuite les théories pathogéniques qui se sont greffées cette étiologie.

Nous essaierons enfin de tirer quelques conclusions pathogéniques.

Il est une chose remarquable que mettent en évidence les diverses statistiques, c'est la prédominance de la fréquence du prolapsus de la muqueuse urétrale aux deux extrêmes de la vie.

La plus ancienne est celle de Kleinwachter; elle date de 1891 et donne :

de 1 à 15 ans, 66 p. 100 de cas;
de 22 à 47 ans, 11 p. 100 de cas;
au-delà de 47 ans, 22 p. 100 de cas.

En 1939, Sorrentino trouve :

chez l'enfant, 60 p. 100;
de 15 à 40 ans, 10 p. 100;
au-delà de 40 ans, 30 p. 100.

Enfin, la plus récente, qui porte sur 300 cas connus à l'heure actuelle, est celle de Epsteen et Abelson :

chez l'enfant, 60 p. 100;
au-dessus de 40 ans, 28 p. 100.

Aussi artificielle que puisse être une statistique, celles-ci ont néanmoins un réel intérêt. Elles montrent très nettement deux maximums de fréquence aux époques de la vie où les tissus, du fait de l'involution sénile, d'une part, ou de l'usure, d'autre part, sont le plus facilement sujets à des défaillances dans leur résistance.

Nous avons borné nos recherches à la littérature médicale des quinze dernières années; nous avons retrouvé une vingtaine d'observations; nous avons pu en étudier une quinzaine et en rapportons 11, plus une, due à l'obligeance de M. le Professeur Duvergey. Nous n'avons retenu que celles qui nous ont paru particulièrement intéressantes pour appuyer des faits cliniques ou étiologiques, ou celles comportant une étude anatomo-pathologique. Force nous est de reconnaître qu'aucune n'apporte dans ces domaines de faits décisifs. Elles ne soulignent qu'une fois de plus la pluralité et la diversité des étiologies.

La malade l'observation I est une obèse qui n'a pas d'antécédents, ni de causes étiologiques. Celles des observations II et VI sont seulement des femmes âgées, dont l'une est une tousseuse. Par contre, le cas de l'observation III est un cas riche; au prolapsus est associée une béance anormale de l'urètre, un cystocèle et une ptose utérine. Avec le cas V, nous retombons dans l'ignorance des antécédents et de l'étiologie. Les cas VII et XI, concernent des multipares, dont l'une est une constipée chronique, et l'autre possède un mauvais état général. Le cas VIII est un exemple de prolapsus aigu; il est survenu chez une constipée chronique.

Les cas IX et X sont deux cas de prolapsus chez des fillettes. Malgré la fréquence de ces cas, attestée par les statistiques, ce sont les seuls que nous ayons retrouvés. Ils sont sur-

venus chez des enfants, dont l'une est une constipée chronique et l'autre une bronchitique à mauvais état général.

Nous ne nous étendrons pas sur les causes étiologiques qui se présentent, nombreuses et variées, dans le déclenchement du prolapsus de la muqueuse urétrale. Nous nous contentons de les citer telles que nous les avons trouvées rapportées sans les discuter. Ceci, en effet, nous semble superflu, car quelle que soit cette cause déclenchante, elle ne nous semble jouer qu'un rôle accidentel, la vraie cause devant être recherchée au-delà, dans une atteinte déjà existante des attaches de la muqueuse urétrale.

La première étiologie qui vienne à l'esprit est celle que suggèrent d'elles-mêmes les statistiques que nous avons rapportées. L'enfance et la vieillesse, périodes de maximum de fréquence, doivent être les périodes où les causes favorisantes sont les plus nombreuses; chez la jeune enfant, les moyens d'attache peuvent être incomplètement développés ou insuffisants parce que trop élastiques ou trop lâches.

La cause en serait, pour certains auteurs, une croissance relativement plus rapide pour la muqueuse que pour la musculeuse.

D'autres invoquent la ductilité des tissus para-urétraux amenant un relâchement des moyens d'attache. Anouffrief incrimine la pauvreté en éléments élastiques de ces mêmes moyens d'attache.

Chez la femme âgée, on invoque plus généralement l'involution sénile : raccourcissement de l'urètre, avec involution plus marquée sur la musculeuse que sur la muqueuse.

Pour Guersan et Tavignot, il est un facteur qui intervient également, c'est l'état général des malades. D'après eux, ce sont souvent des individualités faibles en proie à des maladies chroniques ou cachectisantes. Ces fillettes sont souvent anémiques.

Pour Bruning, on retrouverait une telle prédisposition dans 6 p. 100 des cas; pour Sauferlin, dans 66 p. 100. La majorité des auteurs y insistent.

Quelques auteurs, tel Guilini, croient à une faiblesse congénitale des tissus; cet auteur rapporte un cas chez une fillette de 10 ans coexistant avec un prolapsus datant d'une dizaine d'années chez la mère de cette fillette. Guzzi et Réginelli rapportent un cas de prolapsus urétral chez deux sœurs. Hepburn le rejoint dans cette conception.

Une question également discutée est celle de l'influence d'un changement de diamètre de l'urètre pour la prédisposition au prolapsus. De nombreux auteurs notent la béance de l'urètre sénile.

Egalement interviendrait les dilatations accidentelles de l'urètre : coïts urétraux, corps étrangers, calculs, tumeurs. Les auteurs qui y voient une cause prédisposante pensent que le prolapsus est facilité par la perte pour la muqueuse de son « pessaire anatomique ».

Par contre, Kleinwachter soutient que cette dilatation est le résultat et non la cause du prolapsus; de nombreuses femmes qui ont l'urètre dilaté n'ont pas de prolapsus.

Un autre processus, le plus anciennement invoqué, peut intervenir à son tour : une modification au niveau de la muqueuse elle-même, une hyperémie de cause locale ou générale. Elle n'est certainement pas sans influence. Elle élève un obstacle au cours de l'urine et provoque une surpression. C'est la théorie la plus ancienne défendue dans leurs thèses par Voillemin et Rechniewska.

Et les causes de cette hyperémie sont multiples : c'est l'angiome de la muqueuse, selon la vieille théorie de Morestin; ce sont les dilatations des veines de la muqueuse que nous avons vu former un si riche réseau veineux en communication avec le réseau veineux du petit bassin.

La constipation se retrouve fréquemment dans les antécédents des femmes atteintes de prolapsus; constipation qui a un rôle si déterminant dans l'apparition des hémorroïdes anales. On ne peut oublier l'interdépendance physiologique de régions si voisines. Les mêmes causes qui produisent ces hémorroïdes anales ne peuvent-elles pas produire des hémor-

roïdes urétrales ? Le prolapsus de la muqueuse urétrale ne serait alors que des hémorroïdes urétrales prolabées, comme le soutient Thévenot. Le Professeur Duvergey, s'appuyant sur des recherches anatomo-pathologiques à propos des tumeurs polypoïdes du méat, en nie la possibilité.

Pour nombre d'auteurs, ces dilatations évidentes des veines périméatiques seraient des dilatations variqueuses.

Cette hyperémie peut avoir d'autres causes, entre autres les inflammations si fréquentes : urétrites consécutives à des vulvites, vulvo-vaginites, cystites de causes diverses, inflammation des organes du petit bassin propagée à l'arbre urinaire. Congestion et imbibition gravidique peuvent également jouer leur rôle en dehors du traumatisme obstétrical, dont nous verrons plus loin l'importance pour certains auteurs : influence par la dilatation générale du système nerveux due à l'hydrémie physiologique de la grossesse; dilatation veineuse qui, au niveau de l'urètre, étire les moyens d'attache de la muqueuse. Ceux-ci peuvent en demeurer gravement endommagés si, pour une cause quelconque : multiparité et déchéance physiologique, l'organisme ne veut pas faire les frais de leur remaniement.

Blanc rapporte un cas de prolapsus de la muqueuse urétrale à la suite d'un œdème urétral par propagation d'énanthèmes vulvaires au cours d'une fièvre éruptive.

Daurenther écrit : « J'ai observé nombre de cas de prolapsus où la coïncidence d'une hypertrophie des lèvres suggère la probabilité de la masturbation comme cause d'irritation. »

D'autres étiologies ont été incriminées : chute sur une palissade, coups à la vulve, traumatisme abdominal, etc., ces coups agiraient en déterminant un hématome entre la muqueuse et la musculeuse, provoquant une solution de continuité dans les moyens d'attaches.

Enfin, les auteurs américains font tous jouer un rôle très important aux prolapsus des organes pelviens et au relâchement du diaphragme pelvien.

Ces diverses étiologies se ramènent en résumé à ceci : relâchement des moyens d'attaches de la muqueuse sur la musculeuse (première cause indispensable), ensuite obstacle au cours de l'urine et, par voie de conséquence, surpression de la colonne urinaire au cours de la miction. Il est d'ailleurs à noter que cette surpression peut se produire sans obstacle au cours de l'urine; par exemple, au cours d'une quinte de toux, ou par suite d'efforts de défécation exagérés et répétés; c'est pourquoi on relève fréquemment, dans les antécédents de ces malades, des maladies tussigènes ou de la constipation chronique.

Résumons en quelques mots les causes étiologiques que nous venons d'examiner :

1° Insuffisance de développement;

2° Trouble de l'involution sénile;

3° Affaiblissement de l'état général par maladie chronique;

4° Affaiblissement de l'état local, malformation congénitale;

5° Dilatation de l'urètre physiologique ou accidentel;

6° Hyperémie de la muqueuse et du tissu sous-muqueux d'origines diverses :

a) angiomes sous-muqueux;
b) hémorroïdes urétrales ou varices périméatiques;
c) inflammations;
d) gravidité;
e) onanisme;
f) hématome entre muqueuse et musculeuse par trauma.

7° Prolapsus des organes pelviens par atteinte du diaphragme pelvien.

Malgré la multiplicité des étiologies, les théories pathogéniques sur le mécanisme du prolapsus de la muqueuse urétrale se ramènent à peu de chose. Deux théories principales restent face à face.

La première, qui est d'ailleurs la plus ancienne, n'a subi

que peu de modifications au cours des ans. Elle fait jouer le rôle principal aux modifications de l'urètre même.

La première condition à réaliser est un relâchement des moyens d'attache de la muqueuse sur la musculeuse, condition qui n'est d'ailleurs pas indispensable, puisque nous avons vu que physiologiquement ces moyens sont assez faibles et lâches. Nous avons déjà vu les diverses causes capables de produire cet effet.

La deuxième condition, qui joue le rôle de cause déterminative, réside dans une modification de la lumière du canal. Cette modification dans le sens du rétrécissement provoque une élévation de pression pour vaincre l'obstacle; que cette élévation de pression augmente par un effort de toux ou une poussée des muscles abdominaux pour aider à une défécation difficile, l'obstacle cède. Et il cède dans le sens du prolapsus si la première condition est réalisée.

Cet obstacle au cours de l'urine peut être de divers ordres, comme nous l'avons vu : hyperémie de la muqueuse, dilatations des veines du tissu sous-muqueux, calculs, tumeurs angiomateuses.

C'est à cette première théorie que se rattachent la plupart des auteurs français ou européens. Pour Morestin, le prolapsus de la muqueuse n'est qu'une extériorisation de varices périméatiques.

Pour Thévenot, ces dilatations veineuses ne sont que des hémorroïdes. Telle est aussi l'opinion d'Anouffrief, que frappe la similitude de ce processus avec le prolapsus du rectum, dans lequel les hémorroïdes anales jouent un grand rôle.

En définitive, obstacle, effort, provoquent le prolapsus de la muqueuse urétrale, grâce à la laxité congénitale ou acquise de ses moyens d'attache.

La seconde théorie pathogénique que nous avons à étudier est née outre-Atlantique; elle fait jouer un rôle très important à des causes extra-urétrales. Elle est soutenue par la

plupart des urologues américains. Ils ne méconnaissent pas néanmoins les causes locales que nous avons vues.

Pour eux, selon le mot de Mayers, « le prolapsus de l'urètre est plutôt un degré d'un prolapsus généralisé qu'une entité morbide ». Le prolapsus est une projection, à travers le méat, de la muqueuse. Cette muqueuse, véritable tube interne, coulisserait sur la musculeuse à la façon de deux tubes de lunette astronomique. La cause première du prolapsus résiderait dans un prolapsus des organes du petit bassin, prolapsus simplement amorcé ou déjà constitué.

Voici comment il semble possible de rattacher le prolapsus de la muqueuse urétrale au prolapsus des organes du petit bassin par blessure ou faiblesse du diaphragme pelvien.

En effet, l'urètre participe aux moyens généraux de statique des organes pelviens par l'intermédiaire de la vessie, qui, nous l'avons vu, est l'un des principaux moyens d'attache de cet organe.

Que, pour une cause ou une autre, ces moyens cèdent : amaigrissement excessif, faisant disparaître cette graisse qui emplit la cavité et que l'on a pu appeler le « ciment du petit bassin »; traumatisme obstétrical, dont nous savons l'influence dans les prolapsus génitaux et urinaires; nous avons alors la possibilité d'un prolapsus urétral.

La vessie se ptose plus ou moins, la coudure urétrale se modifie, la laxité des tissus périurétraux permet un certain jeu, alors la musculeuse, grâce à son tonus propre, s'adapte à cette nouvelle situation, se raccourcit; la muqueuse, elle, moins élastique, d'un maniement plus difficile, est alors trop ample pour ce canal diminué et toute prête à se prolaber à la première sollicitation, comme la doublure d'une manche de veste rétrécie.

C'est par ce mécanisme que les auteurs américains expliquent ces urètres béants où apparaît fréquemment, chez les femmes âgées, un bourrelet de muqueuse à l'occasion des mictions.

Telles qu'elles sont, ces théories sont séduisantes, mais il suffit de parcourir quelques observations pour s'apercevoir qu'elles ne peuvent satisfaire entièrement.

Une seule chose reste certaine, c'est que la cause première de ces prolapsus réside dans un relâchement des moyens d'attache de la muqueuse sur la musculeuse; ce n'est là qu'une lapalissade, et il reste difficile de déterminer la cause de ce relâchement. Nous en avons vu de nombreuses en étudiant l'étiologie. En toute logique, il nous paraît que toutes ont leur part de vérité et que, comme souvent en médecine, la vérité réside dans une solution de conciliation, qui admet une étiologie et pathogénie non univoque.

Le premier examen anatomo-pathologique suggéra à Singer, son auteur, une théorie pathogénique, qui est celle que nous avons exposé en premier lieu. Nous avons vu quels étaient les résultats de ces examens; au cours des observations que nous rapportons, on en trouve quelques-uns; ils ont tous le même caractère : atteinte de la muqueuse seule, congestion sanguine importante; on ne peut, du point de vue pathogénique, en tirer de conclusions, car rien ne prouve que cette congestion soit primitive et cause du prolapsus, comme le voudrait la théorie de Singer, Morestin, etc., ou secondaire, consécutive à l'étranglement, quasi constant, comme le pensent les auteurs américains.

La seule conclusion que nous nous croyions autorisés à faire de cet exposé est que la pathogénie des prolapsus de la muqueuse urétrale est une pathogénie multiple, que de nombreuses causes sont à la base de cet accident, et que la nécessité de la coexistence de quelques-unes d'entre elles en explique la relative rareté : On pouvait être tenté de faire une classification pathogénique, elle aurait le mérite de la simplicité, n'était la difficulté de classer tel ou tel cas dans telle ou telle classe, difficulté qui enlève à cette classification une grande partie de sa valeur. En voici une qui nous semble assez facile à accepter, englobant à peu près toutes les étiologies possibles :

1° Prolapsus par faiblesse générale;

a) Par atteinte du réseau veineux sous-muqueux;

α à type d'hémorroïdes;
β à type de varices;
γ à type de phlébite;
δ à type d'angiome.

2° Prolapsus par cause locale;

b) Par œdème de la muqueuse :

α infectieux;

β mécanique ou physiologique.

c) Par hématome sous-muqueux (trauma).

3° Prolapsus par cause régionale, prolapsus avec ptoses diverses.

Par prolapsus par faiblesse générale, nous entendons le prolapsus se produisant chez les sujets malades, amaigris, ou les fillettes mal développées, etc. Les autres classes se comprennent aisément,

Nous ne parlons pas des prolapsus qui se produisent au cours de quintes de toux, d'efforts de défécation, etc., car ils nous semblent ne pas mériter d'entrer dans une classification ainsi conçue; la toux, la constipation, ne jouent là que le rôle d'agent déclenchant ou d'agent révélateur d'un état préformé. Nous ne voulons pas par là nier le rôle important que peuvent jouer ces éléments, surtout la constipation chronique, car nous y avons déjà insisté.

TRAITEMENT

Le prolapsus de la muqueuse urétrale, affection bénigne en soi, donne, si on l'abandonne à elle-même, des complications gênantes et même dangereuses; aussi convient-il de lui appliquer une thérapeutique aussi précoce que possible.

Ce traitement précoce permet de mettre en œuvre un simple traitement médical. En effet, dans les premières heures, le prolapsus, n'étant pas encore étranglé, est d'une réduction aisée.

La malade étant en position de la taille, on comprime la muqueuse en même temps qu'on essaie d'introduire une grosse sonde de gomme lubréfiée.

Ce traitement n'a quelques chances d'amener un résultat définitif que dans le cas de prolapsus aigu chez des malades saines, non amaigries.

Dans tous les autres cas, les classiques admettent la récidive comme inévitable. Néanmoins quelques auteurs conseillent de le continuer, même dans les cas récidivants, combiné avec un repos absolu et une surveillance rigoureuse des selles, le port d'une sonde à demeure, le traitement de la toux, de la cystite.

On a tenté les applications de froid, d'astringents, des cautérisations de la muqueuse infectée avec réduction après chaque cautérisation. En général, le résultat a été peu satisfaisant.

Guilini a conseillé la reposition lente en plusieurs temps avec des bougies dilatatrices de plus en plus grosses et applications d'un mélange astringent de cocaïne et d'acide tannique, et en maintenant la muqueuse en place par une grosse bougie de Hégar. Nous ne parlerons pas des multiples astringents conseillés. Quelques auteurs ont essayé la réduction de

prolapsus étranglé après applications d'antiseptique et de décongestionnant sans résultat appréciable.

Le traitement de choix reste donc le traitement chirurgical.

Le plus ancien, celui qu'employaient Seguin, Tavignot, était la ligature du prolapsus sur une sonde à demeure; cette opération, qui avait sa raison d'être à l'époque où toute intervention sanglante payait un lourd tribut à l'infection, n'a plus qu'un intérêt historique et donnait d'ailleurs des résultats assez décevants : les retrécissements postopératoires n'étaient pas rares.

On a utilisé la destruction du prolapsus au thermocautère et à l'anse galvanique. Là encore les rétrécissements postopératoires étaient fréquents.

L'opération de choix, à laquelle se sont ralliés tous les chirurgiens, est l'intervention sanglante.

Elle fut pratiquée pour la première fois par Kleinwachter et Broca; elle comprend plusieurs modalités.

La plus commune est l'excision en deux valves latérales après mise en place d'une sonde; on suture ensuite la section de coupe à la muqueuse vulvaire. On fixe auparavant la muqueuse, pour éviter sa rétraction après incision, avec soit des pinces, soit un fil de soie à l'angle de l'incision, soit deux fils en croix transfixiant la tumeur.

Les soins postopératoires sont simples; on enlève la sonde vingt-quatre ou trente-six heures après; aucun auteur ne signale de rétrécissement postopératoire.

Kleinwachter enlève un ou plusieurs anneaux de muqueuse et fait suivre de cautérisation.

On a tenté des opérations plus compliquées tendant à obtenir un rétrécissement de l'orifice externe pour éviter la récidive à travers un orifice trop dilaté; elles sont dérivées de la colpopérinéorraphie à la Hégar, et ont été pratiquées par Singer, Pinkus, etc.

Beaucoup d'auteurs utilisent le bistouri électrique, qui évite les hémorragies.

On opère sous anesthésie locale ou générale.

Le Professeur Duvergey emploie une méthode d'une grande simplicité, qui ne donne pas moins de bons résultats. Sous anesthésie générale, incision circulaire sur tout le pourtour de la tumeur, et après excision du prolapsus urétral suture circulaire au catgut de la muqueuse urétrale sus-jacente à la partie réséquée à la muqueuse vulvaire correspondante. Sonde à demeure dix jours.

Les auteurs américains, restant logiques avec eux-mêmes, partant d'une pathogénie toute différente, agissent de toute autre manière.

Watkins opère par voie abdominale; il fait une incision sus-pubienne qui lui permet d'atteindre la face antérieure de la vessie qu'il décolle, attire en haut, réduisant le prolapsus, et fixe au pubis et à la paroi abdominale antérieure.

Les soins postopératoires consistent à vider fréquemment la vessie, afin que les efforts intra-abdominaux (toux, défécation) n'agissent sur une vessie pleine et ne tiraillent pas sur les points.

Hepburn a opéré ainsi deux cas en 1920, avec de bons résultats; n'ayant intervenu que chez des enfants, « il n'y a pas de raison pour que le procédé ne soit pas applicable à l'adulte », écrit-il.

Une autre opération à la faveur de Watkins, c'est le « Button Hole » d'Emmet par voie vaginale.

On arrive par la boutonnière pratiquée sur la paroi vaginale antérieure sur la face profonde de la muqueuse urétrale. Dissection de la muqueuse, remise en place, réfection des muscles constricteurs, tels sont les différents temps de l'intervention.

Il semble, en définitive, que ces deux dernières opérations bien conçues, néanmoins, sont difficilement acceptables pour traiter une affection en règle générale tout à fait bénigne, et que le remède soit un peu fort pour le mal.

L'excision classique, selon un procédé quelconque, peu dangereuse, non choquante, à suites opératoires rapides, est excellente et semble devoir rester le procédé de choix.

OBSERVATIONS

Observation I (Inédite).

(Prof. Duvergey.)

Mme C... (Marie), 71 ans, vierge, se plaint de pertes sanguines et d'une tuméfaction qui est apparue dans la région vulvaire.

Vient consulter le 10 janvier 1941.

A l'examen : l'hymen est conservé; on constate l'existence au niveau du méat d'une tumeur rosée, rougeâtre en certains points, constituée par un bourrelet elliptique assez considérable, plus accusé au niveau de la partie inférieure; au centre, se trouve l'orifice du méat; la sonde s'y engage facilement et permet d'étudier ainsi les rapports de cette tumeur avec l'urètre.

Cette tumeur saigne assez facilement; à la partie inférieure, les tissus ont gardé toute leur souplesse.

L'intervention a lieu les premiers jours de février 1942.

Incision circulaire sur tout le pourtour de la tumeur, dans le sillon qui sépare le bourrelet d'avec l'insertion de tout le prolapsus. Repérage de la paroi urétrale avec des pinces de façon à pratiquer la suture circulaire au catgut de la paroi urétrale avec la région vulvaire correspondant à la région du méat.

Sonde de Petzer à demeure dix jours, lavages vésicaux quotidiens.

Suites opératoires normales; la malade est revue deux mois après; la guérison semble définitive.

Examen anatomo-pathologique. — On trouve une masse fibro-conjonctive, à l'intérieur de laquelle se trouvent : d'une part, d'énormes vaisseaux et des dépôts de sang, et, d'autre part, des cavités glandulaires, quelques-unes en état d'adénomatose.

Observation II.

(Dr Ormond, *Amer. Journ. Obst. and Gyn.*, sept. 1934.)

O... (W.), Allemande, 53 ans.

A subi quelques années auparavant une hystérectomie.

Suivie régulièrement par l'Hôpital Henry-Ford, pour une néphrite chronique légère et quelques petites indispositions.

Deux jours avant l'hospitalisation, perte de sang paraissant provenir du vagin assez abondante pour nécessiter l'emploi de 6 serviettes par jour.

Cinq jours après, on note une petite tumeur à la vulve. Pas de troubles ni de symptômes urinaires; la malade ne peut rapporter à aucune cause le saignement et l'apparition de la tumeur.

Femme petite, trapue, d'un poids légèrement au-dessus de la moyenne; examen général négatif.

Localement, on aperçoit une petite tumeur rouge sombre, de la taille d'une cerise, au niveau du méat.

Elle saigne légèrement; le sommet est déprimé; en son centre on introduit un cathéter, qui pénètre facilement jusqu'à la vessie, ramenant une urine claire; la tumeur n'est pas friable; le toucher vaginal montre qu'elle ne s'étend pas sur l'urètre.

Sa surface est écailleuse, plutôt sèche; par place, des ulcérations laissent suinter du sang.

Le diagnostic de prolapsus étranglé et ulcéré est porté.

Excision au bistouri électrique; pas de suture, mais on met un petit cathéter court, qui est laissé en place pendant vingt-quatre heures.

Exéat le lendemain.

Neuf jours après, la malade est revue; elle ne présente aucun trouble, sinon un léger suintement sanguin.

Six mois après se développe un rétrécissement nécessitant une intervention.

L'examen anatomo-pathologique montre un engorgement marqué des vaisseaux et des thromboses.

Observation III.

(Prof. Milone, rapportée par Sorrentino, *Ref. Méd.*, 11 mai 1927.)

D..., 65 ans. Apparition, huit jours avant l'hospitalisation, d'une tumeur entre les grandes lèvres, ne gênant ni la station assise ni la marche.

Brûlures à la miction, dysurie.

A l'examen, on note une tuméfaction ronde, de la taille d'une grosse noix, venant de l'urètre; d'une coloration violacée, foncée en quelques points, qui représentent un début d'ulcération.

Au centre de la tumeur, un orifice irrégulier, par où une sonde pénètre dans la vessie.

Tumeur molle, mais non réductible.

A la cystoscopie, on trouve une vessie normale, les parties de l'urètre avoisinant le méat sont congestionnées et œdématiées.

Traitement. — Deux valves droites et gauches sont découpées dans la tumeur, excision, suture au tissu environnant de la vulve.

Anesthésie locale à la Syncaïne Clin en quatre injections, aux points cardinaux, excision par électro-coagulation suivie d'étincelage.

Observation IV.

(Dr Mayers, *Urol. and. Cutan. Rev.*, nov. 1938.)

L.., (O,), 54 ans. Se plaint de brûlures et de pertes de sang à chaque miction, d'ailleurs de fréquence modérée.

On trouve une tumeur circonscrite par le méat ayant l'apparence d'hémorroïdes étranglées de 2 cm. 5 de diamètre et de 2 cm. de long. Elle est rouge sombre, saignant facilement, présentant à la face supérieure des plaques noirâtres sphacéliques et une odeur fétide.

Au cystoscope, urètre et vessie normaux.

Novocaïne à 2 p. 100, excision au bistouri électrique, suture au tissu environnant.

Suites normales.

On ne notait chez cette malade aucun antécédent ni de causes déterminantes; mais à l'examen on trouve un cystocèle marqué, soutenu par une pessaire, et une béance de l'urètre.

Observation V.

(Dr Thévenot, *Lyon chirurgical*, janv.-févr. 1927.)

X..., 60 ans. Mariée, 2 enfants; accouchements normaux; pas d'antécédents personnels notables.

L'affection a débuté il y a trois ans par de légères hématuries, toujours terminales, durant deux à trois jours et apparaissant sans motifs. Nouvelle crise trois mois après, puis le phénomène se reproduit tous les quinze jours avec apparition de cuisson à la miction et des envies d'uriner plus fréquentes.

Examen. — Prolapsus formant sur toute la périphérie un bourrelet d'environ 1 centimètre de haut.

Muqueuse œdématiée, violacée, ulcérée sur les trois quarts inférieurs.

Diagnostic. — Prolapsus au début réductible, actuellement étranglé, irréductible.

Endoscopie. — Muqueuse vésicale saine, urétrale, trois points congestionnés variqueux.

Opération de Whitehead : suites normales.

Examen anatomo-pathologique. — A côté de tubes glandulaires de la muqueuse, de larges vaisseaux anormaux à paroi mince revêtue de cellules endothéliformes. Par place, zones de sphacèles en îlots assez vastes, circulaires ou ovoïdes remplis d'une substance granuleuse fibrinoïde avec quelques hématies dégénérées.

Observation VI.

(Dr Gaillard, *Le Sud médical et chirurgical*, 15 nov. 1932.)

X..., 55 ans. Prolapsus enflammé et infecté; repos; traitement local, bains de siège chauds, pommades antiseptiques et astringentes.

Opération de Witehead; suites normales.

Observation VII.

(Drs Reynard et Sassard, *Lyon médical*, 10 mai 1931.)

T..., 64 ans, célibataire. On relève dans ses antécédents des bronchites fréquentes.

Au cours d'un effort de toux est apparue une tumeur à la vulve.

Les mictions deviennent plus fréquentes; il existe même des émissions involontaires.

L'incontinence d'urine est seulement diurne.

A l'examen, on trouve un prolapsus utérin peu accentué.

Excision; suites normales.

Observation VIII.

(Drs Bonnet et Truc, *Arch. de la Soc. des sc. méd. de Montpellier*, mai 1928.)

M..., 56 ans. Plusieurs grossesses et accouchements normaux.

La malade a noté l'apparition, au début de la miction, d'une tumeur se réduisant à la fin spontanément, à l'examen hémorroïdes.

Actuellement tumeur irréductible; dysurie; excision; suites normales.

Observation IX.

(Dr Danreuther, *Amer. Journ. Obst. and Gyn.*, XI, avril 1926.)

S... (N.), 54 ans, domestique. Le 2 avril, au cours de son travail, ressent une douleur aiguë en coup de poignard à la vulve.

Envies fréquentes et impérieuses d'uriner, mais très peu à la fois.

Admission le 5 avril. On note une large tumeur, 52 millimètres de long et 45 millimètres de diamètre.

Sa couleur est livide; elle présente au centre un orifice par où on pénètre dans la vessie.

Dans les antécédents, constipation opiniâtre remontant à de nombreuses années. Hymen intact.

Intervention. — Excision en deux valves; à noter au début de l'intervention la mise en place de deux crins à travers l'urètre pour éviter la rétraction de la muqueuse; suture; suites normales.

Examen anatomo-pathologique. — L'examen porte sur une pièce ovale de 20 × 18 × 17 mm.

A l'examen grossier, on trouve des hémorragies profuses et une thrombose marquée des vaisseaux.

La section montre : un épithélium de transition, des globules rouges, des polynucléaires et des cellules épithéliales desquammées.

Au centre de la pièce, une fente représentant le méat bordée de travées d'épithélium de transition.

On trouve des formations glandulaires semblables à des glandes de Skène.

Le tissu conjonctif est très œdématié, infiltré de polynucléaires, de lymphocytes et de globules rouges.

On remarque un nombre considérable de vaisseaux comparables à des sinus séparés par d'étroites travées de tissu conjonctif.

On note un commencement d'organisation du thrombus.

En définitive, la constitution rappelle celle des hémorroïdes.

Observation X.

(Dr Retzlaff, *Zentral. für. gynak.*, 11 à 14 mars 1931.)

Il s'agit d'une petite fille de 10 ans, bien développée, bien tenue.

Pas de maladie sérieuse dans les antécédents.

Depuis assez longtemps, elle présente une constipation opiniâtre, soignée par des purgatifs fréquents.

Le 28 novembre 1930, au retour de l'école, l'enfant se plaint de saigner.

On pense d'abord à une hémorragie d'origine hémorroïdale, mais l'on se rend vite compte que le sang ne provient pas de l'anus mais de la vulve.

Aucun autre symptôme.

Pas de dysuries.

Examen. — On voit entre les petites lèvres une tumeur rouge

violet, de la taille d'une châtaigne mûre, recouvrant le vagin. Par endroits, des dépôts de fibrine et de petites ulcérations superficielles.

Cette tumeur est assez molle, ne saigne pas au contact.

Clitoris et petites lèvres normales. Hymen intact.

On explore le vagin avec un cathéter; l'appareil génital interne paraît normal.

La tumeur tient à l'urètre, présente un orifice excentrique à gauche, permettant le passage d'une sonde ramenant une urine claire.

Il s'agit d'un prolapsus enflammé de la muqueuse urétrale.

A la cystoscopie : vessie normale; sphincter normal.

On fait rétrocéder l'inflammation par du repos au lit, des applications de pommades astringentes.

Sous anesthésie générale, on sectionne la muqueuse prolabée, on fixe la tranche de section à une sonde à demeure.

Guérison sans complications.

Le 17 novembre, exéat, pas de dysurie ni de séquelles.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélium légèrement épaissi, déprimé par endroit, œdème interstitiel, gros vaisseaux thrombosés, glandes para-urétrales bien visibles à épithélium normal.

Observation XI.

(Drs Berry et Green, *Journ. of Urol.*, V, 39, 1938.)

Il s'agit d'une fillette de 10 ans présentant une « grosseur » prurigineuse de la région vulvaire.

Une même grosseur était apparue un an avant, après une quinte de toux, et disparaît après applications chaudes.

Il y a deux jours, après une quinte de toux violette, réapparition de la tumeur, qui ne cède pas à la thérapeutique précédente.

Température, 37°8 à l'admission; la tumeur est reconnue comme étant une muqueuse urétrale prolabée. La nécrose apparaît après une tentative de traitement médical.

L'urètre est normal au toucher, le méat est contracturé.

Amputation au bistouri électrique.

Suites normales.

Observation XII.

(Dr Sauferlin, *Ztschr F. Geb. U. Gynak.*, XLIV, 1929, 6, 30.)

Il s'agit d'une femme de 60 ans, mariée, II-pare, ovariectomie à 40 ans; se plaint de douleurs abdominales. Présente une tumeur du méat urétral, légèrement saignante, de 2 centimètres de long et de large, rouge foncé, méat urétral au centre de la tumeur.

Résection circulaire de la tumeur à la base.

Guérison.

Examen anatomo-pathologique. — On trouve une muqueuse très enflammée, œdématiée avec dilacération du tissu conjonctif propre de la muqueuse; cet épithélium est d'épaisseur variable, fait de cellules cylindriques; parfois subsiste un revêtement normal. Le tissu conjonctif sous-muqueux est infiltré de petites cellules; quelques figures de mitoses. A noter de nombreuses images vasculaires de toutes tailles pénétrant jusque dans la couche épithéliale.

Vaisseaux remplis de sang à paroi minces. Extravasations sanguines généralisées.

CONCLUSIONS

I. — Le prolapsus de la muqueuse urétrale, bien que rare, n'est pas exceptionnel.

II. — L'étiologie et la pathogénie sont multiples. On ne peut adopter de théorie univoque.

La cause première est l'affaiblissement des moyens d'attache de la muqueuse sur la musculeuse pour des raisons diverses.

L'âge semble jouer un rôle par l'insuffisance des moyens d'attache chez l'enfant, l'involution sénile chez le vieillard.

Toutes les maladies générales, les inflammations locales, les traumatismes, l'hyperpression intra-abdominale, la toux, l'accouchement, peuvent entrer en ligne de compte.

Les prolapsus génitaux ne sont pas sans relations avec lui.

III. — L'anatomie pathologique, qui nous montre l'aspect quasi angiomateux de la tumeur avec énorme dilatation des vaisseaux et stase sanguine, présence de thrombi, ne tranche pas la question de la pathogénie.

IV. — Des nombreux traitements proposés nous donnons la préférence à l'excision simple avec sonde à demeure dans les suites opératoires.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. DUVERGEY.

VU : *Le Doyen,*
PIERRE MAURIAC.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER .
Bordeaux, le 10 juillet 1942.
L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur,
Recteur de l'Académie,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Berry et Green. — Prolapsus of female uretra. *Journ. of Urol.*, 39, 92-96, fév. 1938.

Blanc. — *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1895.

Bonnet. — Un cas de prolapsus urétral chez une femme âgée. *Arch de la Soc. des sc. méd. de Montpellier*, fasc. VII, 1928.

Broca. — *Ann. de gynécol.*, mars 1876.

Brun. — *Arch. gén. de méd.*, août 1877.

Chauvin. — Quelques considérations sur le prolapsus de la muqueuse urétrale, et en particulier sur les crises évolutives aiguës. *Arch. des mal. du rein*, 9, 103-112, janv. 1935.

Chianello. — Prolapsus de l'urètre chez la femme; aspects cliniques et traitements. *Cult. méd. mod.*, 15 janv. 1930.

Chute (A. L.). — Uretral Prolapsus in Women. *Boston M. and S. J.*, 1925, CXII, 162.

Curtiss, Anso et Mcway. — Facteurs anatomiques dans la pathogénie du cystocèle et de l'urétrocèle. *Journ. of Med. Med. Assoc.*, sept. 1938.

Duvergey. — Des tumeurs polypoïdes du méat urinaire chez la femme. Thèse Bordeaux, 1902-1903.

Epsteen. — Prolapsus avec gangène. *Amer. Journ. Obst. and Gyn.* sept. 1934.

Gaillard. — A propos des prolapsus muqueux de l'urètre féminin *Le Sud méd. et chir.*, n° 2137, 15 nov. 1932.

Hepburn. — Prolapsus urétral chez une petite fille. *Surg. Gyn. and Obst.*, mars 1927.

Johnston (H. W.). — Prolapsus de la muqueuse urétrale. *Canada Med. Assoc. Journ.*, oct. 1939.

Kleinwachter. — *Zeitschr. Fur. Gebur. und gynak.*, 1891.

Livermore. — Traitement non opératoire du prolapsus de l'urètre féminin. *Journ. of Urol.*, janv. 1931.

Loux. — Prolapsus chez la jeune fille. *Atlant. Med. Journ.*, déc. 1927.

Marion. — Traité d'urologie, tome II.

Mayers. — Clin. Considerations of fem. uretra. One case of Prol. *Urol. and Cutan. Revew*, 42, 783-792, nov. 1938.

Morgagni. — Lettres L, n° 51; LVI, n° 21; LXX, n° 10.

Murray (H. L.). — Prolapsus with strangulation of female uretra. *Clin. Journ.*, 61, 154-155, 30, mars 1932.

Ormond. — Prolapsus of female uretra. *Amer. J. Obst. and Gyn.*, 28, 458, sept. 1934.

Parzani. — Prolasso totale dell'urétra féminile parsialmente gangrenato. *Arch. Ital. di Chir.*, 40, 123-128, 1935.

Philipps. — Prolapsus aigus chez la femme. *Clin. Journ.*, mars 1939.

Pinevitch. — Prolapsus de la muqueuse de l'urètre féminin avec occlusion complète de l'orifice externe et production d'une fistule vésico-vaginale. *Vestnik Khirurgie*, 1935.

Pourtier. — Thèse Paris, 1896.

Rechniewska. — Thèse Paris, 1900.

Retzlaff. — *Zentral fur Gynak.*, 11 à 14 mars 1931.

Reynard et Sassard. — Prolapsus de la muqueuse urétrale. *Lyon médical*, 10 mai 1931.

Roche. — Sur un cas de prolapsus de l'urètre féminin. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, mars 1939, p. 127.

Sauferlin. — Six cas de prolapsus de l'urètre féminin. *Ztschr. f. Gebur. und Gynak.*, 1929.

Seguin. — Bibliothèque Médicale, 1820, vol. 68.

Singer. — *Monart. f. Gebur. Gynak.*, Berlin, 1898, t. VIII, p. 373.

Sorrentino. — Prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme. *Riforma Medica*, 11 mai 1929.

Tagliaferro. — Total prolapsus of U. F. with incipient Gangrene. *Riv. ital. di ginec.*, nov. 1930, 457.

Thévenot. — Un cas de prolapsus étranglé de l'urètre féminin. *Lyon chirurgical*, janv.-fév., 1927.

THOMSEN. — Roentgen examination of female uretra. *Acta Radiology*, 1930, 527-535.

— Roentgen examination of female uretra. *Ugesk f. Laeger*, 5 juin 1930.

THURN-RUMBACH (Von). — Ueber der Vorfall der Weiblichen. *Zeitschr. f. Urol. Chir.*, 32, 357-361, 1931.

TOURNEUX. — Le prolapsus de la muqueuse urétrale (en collaboration avec M. GYNESTY). *Les Sciences médicales*, 31 juill. 1922.

VOILLEMIN. — Thèse Paris, 1899.

WATKINS. — Un cas de prolapsus de l'urètre féminin. *Surg. Gynec. and Obst.*, XL, 1925.

WOHLGEMUTH. — *Deut. Med. Wochenschr.*, 1897, p. 717.

YAMMELTOFT. — *In* Curtiss, Anso et Mcway (*Op. cit.*).

21953. — Bordeaux, Imprimeries DELMAS, 6, place Saint-Christoly. — 1942